

Łęczna, .....

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej zgodę

**Zgoda rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia \* właściwie podkreślić**  
**na badanie w Poradni Psychologiczno – pedagogicznej w Łęcznej**

.....  
(imię i nazwisko dziecka)

urodzonego dnia ..... W .....

PO ZAPOZNANIU SIĘ z Procedurami Diagnostycznymi w systemie diagnozy stacjonarnej  
w okresie epidemii COVID-19.

**WYRAŻAM ZGODĘ**

**NIE WYRAŻAM ZGODY**

NA DIAGNOZĘ MOJEGO DZIECKA W WARUNKACH UWZGLĘDNIAJĄCYCH  
PROCEDURĘ PORADNI PSYCHOLOGICZNO – PEDAGOGICZNEJ W ŁĘCZNEJ

.....  
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

„Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez  
Poradnię Psychologiczno – Pedagogiczną w Łęcznej w bazie danych Systemu Informacji  
Oświatowej.”

.....  
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna/pełnoletniego ucznia

Nazwa placówki .....

## ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Imię i Nazwisko .....

PESEL: .....

Numer telefonu do kontaktu e-mail .....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?  
 Tak  
 Nie
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?  
 Tak  
 Nie
3. Czy występują u Pana(i) i dziecka objawy?  
 Gorączka powyżej 37°C  
 Kaszel  
 Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

### INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

| Pozycja | Data | Czytelny podpis |
|---------|------|-----------------|
| 1.      |      |                 |
| 2.      |      |                 |
| 3.      |      |                 |
| 4.      |      |                 |
| 5.      |      |                 |
| 6.      |      |                 |
| 7.      |      |                 |

Nazwa placówki: .....

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i Nazwisko .....

PESEL:.....

Numer telefonu do kontaktu, e-mail .....

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))  
 Tak  Nie
2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?  
 Tak  Nie
3. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))  
 Tak  Nie
4. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?  
 Tak  Nie
5. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?  
 Tak  Nie  
 Inne nietypowe. Proszę podać jakie .....
6. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?  
 Tak  Nie

### INFORMACJA:

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory – również na odpowiedzialność karną.